

## **SUPLEMENTO DE PLAN DE SERVICIO CENTRADO EN LA PERSONA (PCSP) PARA EL PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIO FAMILIAR (IFSP)**

- III. PREFERENCIAS Y FORTALEZAS**
  - a. Apoyos médicos e información
  - b. Medicamentos
  - c. Servicios de detección preventiva
- VII. SERVICIOS AUTORIZADOS**
  - a. Servicios y apoyos pagados
  - b. Apoyos no pagados
- VIII. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS**
- IX. EVALUACIÓN DE RIESGOS**
- XI. PLAN DE ACCIÓN**
- XII. CONSENTIMIENTO INFORMADO**
- XIII. INFORMACIÓN DE LA PRÓXIMA REUNIÓN**



Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO/DENTAL/CONDUCTUAL (Continuación):**

NOMBRE/DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO	ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR	ÚLTIMA VISITA	PRÓXIMA VISITA	¿NECESITA TRANSPORTE O ATENCIÓN DE UN ACOMPAÑANTE?

¿Usa la medicina alternativa, tradicional u holística?    Sí    No

**RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN (Incluya los días efectivos de cualquier cambio a la cobertura o proveedores de seguro):**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**Proveedor adicional e información de apoyo**

**REVISE LA INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR Y DEL APOYO POR SI EXISTEN CAMBIOS:**

¿Ha cambiado su información de proveedor y de apoyo desde la última reunión?    Sí    No

¿Tiene un proveedor?	Tipo de proveedor	Agencia Proveedora	Nombre del proveedor	Información de contacto
Sí    N/A	Centro de vivienda asistida			
Sí    N/A	Servicios de salud conductual			
Sí    N/A	Representante de salud comunitaria			
Sí    N/A	Programa diurno/Atención médica diurna para adultos			
Sí    N/A	Servicios de atención directa			
Sí    N/A	Servicios de alerta en caso de emergencia			
Sí    N/A	Habilitación			
Sí    N/A	Habilitación residencial (Hogares de acogida (GH), Programa de Desarrollo de Adultos en el Hogar (ADH), Programa de Desarrollo de Menores en el Hogar (CDH))			
Sí    N/A	Hemodiálisis			
Sí    N/A	Comidas entregadas a domicilio			
Sí    N/A	Cuidados paliativos/de hospicio			
Sí    N/A	Enfermería			
Sí    N/A	Nutrición			
Sí    N/A	Terapia ocupacional			
Sí    N/A	Terapia física			

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

¿Tiene un proveedor?		Tipo de proveedor	Agencia Proveedora	Nombre del proveedor	Información de contacto
Sí	N/A	Enfermera de salud pública			
Sí	N/A	Relevo			
Sí	N/A	Programas para personas de la tercera edad			
Sí	N/A	Centro de enfermería especializada/Centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF-ID)			
Sí	N/A	Terapia del habla			
Sí	N/A	Rehabilitación vocacional			
Sí	N/A	Programa de empleo			
Sí	N/A	Otro:			

*\*Cuidado directo, cuidado personal, trabajo doméstico*







Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

EQUIPO MÉDICO O ADAPTATIVO	¿PARA QUÉ SE USA EL EQUIPO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE USA?	¿QUIÉN PROVEE EL EQUIPO?

¿Ha habido algún cambio en sus materiales médicos desde la última reunión?    Sí    No

Escriba todos los materiales médicos cubiertos:

MATERIALES MÉDICOS	¿PARA QUÉ SE USAN LOS MATERIALES?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE USAN?

Altura (*pulgadas*): \_\_\_\_\_ Fecha estimada de registro: \_\_\_\_\_ No está disponible

Peso: \_\_\_\_\_ Fecha estimada de registro: \_\_\_\_\_ No está disponible

Índice de masa corporal (IMC) (*miembros pediátricos*): \_\_\_\_\_

Documente la educación acerca del índice de masa corporal para los miembros pediátricos (*si corresponde*):

\_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

### SERVICIOS DE DETECCIÓN PREVENTIVA

¿Se ha realizado alguno de los siguientes servicios preventivos en el último año?

Examen de la vista anual/de retina dilatada (DRE)  
 Examen de presión arterial  
 Examen de detección del cáncer  
 Examen cervical  
 Examen de detección de cáncer de colon  
 Examen dental  
 Servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés) *(consulte el calendario de exámenes periódicos)*  
 Examen de planificación familiar  
 Examen de salud general

Hemoglobina a1C (HbA1c)  
 Examen de audición  
 Perfil de lípidos/Examen de colesterol  
 Mamografía de exploración  
 Examen de osteoporosis  
 Examen de la próstata  
 Educación/Concientización/Protección de enfermedades de transmisión sexual (ETS)  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

### RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

Vacuna contra la gripe: No Sí Fecha: \_\_\_\_\_

Vacuna contra la neumonía: No Sí Fecha: \_\_\_\_\_

¿Ha pasado una noche como paciente en un hospital? Sí No

¿Ha ido a la sala de urgencias para recibir atención y no fue ingresado al hospital (incluidas las 23 horas de observación)? Sí No *Si su respuesta es "sí", describa la frecuencia y las circunstancias:*

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna cirugía o algún procedimiento programado en los próximos seis meses?    Sí    No

*Si su respuesta es "sí", dé detalles:*

Si es un menor, ¿cuándo fue la última consulta de bienestar infantil (consulta EPSDT)? \_\_\_\_\_

¿Lo han evaluado a usted (el miembro) por la necesidad de recibir una determinación de elegibilidad de un trastorno mental grave (SMI)?    Sí    No    N/A *(para miembros ya designados con un trastorno mental grave (SMI) o para quienes el miembro/HCDM ha rechazado la opción de designación de SMI)*

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

Si se determina que padece un trastorno mental grave, ¿el miembro ha sido evaluado/remitido a la ayuda especial de la Oficina de Derechos Humanos (OHR, por sus siglas en inglés)?    Sí    No    *Si su respuesta es "no", explique el por qué:*

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**VII. SERVICIOS AUTORIZADOS****Servicios/Apoyos pagados**

La documentación deberá contener la confirmación de que todos los servicios se están recibiendo como se programaron y abordar cualquier interrupción en los servicios, si es que existen. Si se identifican interrupciones, el equipo debe desarrollar un plan para asegurar que se estén recibiendo los servicios autorizados. Documentar la satisfacción del miembro con los servicios y proveedores de atención a largo plazo.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**Para las personas que viven en su propio hogar, asegúrese de que se hayan analizado todos los modelos de servicio usando el árbol de decisiones de las opciones de servicio para miembros de ALTCS.**

**Para los miembros que han elegido la opción de la agencia Agency with Choice o de servicios de cuidados autodirigidos a domicilio, haga las siguientes preguntas para ayudar a evaluar si están cumpliendo o no con sus respectivas funciones y responsabilidades y/o si necesitan apoyo adicional, incluidos los servicios de capacitación para miembros que puedan autorizarse.**

RESUMEN DE LA CONVERSACIÓN:

### Modelo de servicio seleccionado

Tradicional	Agency with Choice (Agencia con elección)	Proveedor independiente (DDD)	
Servicios de cuidados autodirigidos a domicilio		Cuidado directo por parte del cónyuge	N/A

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**Servicios/Apoyos no pagados**

La documentación reflejará los apoyos no pagados que ayudarán al miembro a lograr sus metas y al proveedor de esos servicios y apoyos, incluidos los apoyos naturales. Los apoyos naturales son apoyos no pagados que se brindan voluntariamente a la persona en lugar de los servicios pagados de ALTCS HCBS. Los apoyos informales/naturales deben indicarse en el Solicitud para la Certificación inicial de los Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés), según corresponda.

¿A usted le ayudan personas a las que no se les paga por hacerlo? ¿Está satisfecho con la manera en que lo están ayudando? ¿Siente que estos apoyos le ayudan a poder hacer más? ¿Salir a lugares? ¿Está usando recursos comunitarios actualmente? ¿Qué tipo de apoyo necesita de un apoyo natural para que le ayude a lograr sus metas personales?

**ESCRIBA LOS “APOYOS NATURALES” NO PAGADOS QUE INTERVIENEN EN LA VIDA DEL MIEMBRO:**

**DOCUMENTE LOS RECURSOS COMUNITARIOS DE LOS QUE SE HABLÓ:**

Servicios de ALTCS						
SERVICIO Y PROVEEDOR	FRECUENCIA DEL SERVICIO QUE YA RECIBÍA ANTES DE ESTA EVALUACIÓN	FRECUENCIA DEL SERVICIO ACTUALMENTE EVALUADO	CAMBIO DE SERVICIO		FECHA DE COMIENZO/ FINAL	MIEMBRO/ HCDM
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo No estar de acuerdo

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

# de ID de AHCCCS:

Fecha de reunión:

SERVICIO Y PROVEEDOR	FRECUENCIA DEL SERVICIO QUE YA RECIBÍA ANTES DE ESTA EVALUACIÓN	FRECUENCIA DEL SERVICIO ACTUALMENTE EVALUADO	CAMBIO DE SERVICIO		FECHA DE COMIENZO/ FINAL	MIEMBRO/ HCDM
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo  No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo  No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo  No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo  No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo  No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo  No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo  No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo  No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo  No estar de acuerdo
			Ninguno Aumentar Finalizar Retroactivar	Nuevo Reducir Suspender		De acuerdo  No estar de acuerdo



Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**VIII. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS**

Lo siguiente se usará para identificar los riesgos que comprometen el estado de salud general y la calidad de vida de la persona.

**CADA PERSONA DEBE SER EVALUADA POR RIESGOS.**

- Indique lo siguiente, según corresponda, junto a cada riesgo identificado a continuación: **EM** (Gestionado eficazmente); **FA** (Evaluación adicional); **RR** (Derechos restringidos); **MRA** (Acuerdo de riesgos calculados).
- Tome en cuenta los riesgos normales e inusuales para la persona en varias áreas de su vida.
- Cuando se identifican los riesgos, el equipo buscará los factores que conducen al riesgo.
- Entonces, el equipo desarrolla contraataques e intervenciones para minimizar o prevenir el riesgo.

**Riesgos médicos y de salud**

Alergias	_____	Enfermedad informada/no informada	_____
Aspiración y/o neumonía	_____	Dolor informado/no informado	_____
Asfixia	_____	Control de medicamentos inseguros	_____
Estreñimiento	_____	Dependiente del ventilador/traqueostomía	_____
Deshidratación	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Dietético	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Enfermedad renal en etapa terminal (ERT)	_____	_____	_____
Alimentación por sonda	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Problemas del corazón; presión arterial alta o baja	_____	_____	_____
Hepatitis C	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Restricciones médicas	_____	_____	_____
Uso de oxígeno	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Embarazo	_____	_____	_____
Rehusarse a recibir atención médica	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Convulsiones	_____	_____	_____
Padecimientos de salud graves o crónicos	_____	Otros riesgos de salud o médicos:	_____
Agrietamiento de la piel	_____	_____	_____

**Riesgos de seguridad y autoayuda**

Acceso a cuerpos de agua	_____	Movilidad o deambular	_____
Acceso a medicamentos	_____	Seguridad y limpieza de la residencia	_____
Involucración del tribunal*	_____	Seguridad en el vehículo	_____
No puede evacuar o no evacua una casa o vehículo en caso de una emergencia	_____	Temperatura del agua	_____
Explotación	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____
Caídas	_____	_____	_____
Seguridad con químicos domésticos	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____
Falta de habilidades de seguridad en caso de un incendio	_____	_____	_____
Falta de juicio o dificultad para entender las consecuencias	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____
Falta de supervisión	_____	_____	_____
Pérdida de la memoria	_____	Otros riesgos de seguridad o autoayuda:	_____

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

**Riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida**

Intento de suicidio	_____	Abuso de sustancias: drogas, alcohol u otro	_____
Involucración del tribunal*	_____	Enfermedad/lesión traumática	_____
Expresa pensamientos suicidas	_____	Uso peligroso de materiales inflamables	_____
Conducta extrema de búsqueda de alimentos o líquidos	_____	Uso de objetos como armas	_____
Daño a los animales	_____	Comportamiento de ambular o buscar salidas	_____
Conducta sexual ilegal o de alto riesgo	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Conducta ilegal	_____	_____	_____
Comportamiento sexual inapropiado	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Invade el espacio personal	_____	_____	_____
Aislamiento/Conducta de aislamiento	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Enfermedad o lesión por ser veterano o por el servicio en el ejercito	_____	_____	_____
Otros riesgos de salud mental, conductual o de estilo de vida: ( <i>¿Pérdida de una persona querida, sentirse triste, enojado, o "No sentirse como usted mismo"?</i> )	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Intervención de la policía pasada o posible	_____	_____	_____
Agresión física	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Colocar o ingerir objetos no comestibles o PICA	_____	_____	_____
Destrucción de propiedad	_____	Otros riesgos de salud mental, conductual y estilo de vida:	_____
Conductas auto abusivas	_____	_____	_____
Fumar cigarrillos de tabaco o eléctricos	_____	_____	_____

**Riesgos financieros**

Explotación o abuso financiero	_____	Otro riesgo financiero:	_____
Falta de recursos individuales	_____	_____	_____

*\* Puede incluir protecciones, restricciones y tratamientos ordenados por el juez*

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

## IX. EVALUACIÓN DE RIESGO

Esta sección solo corresponde si se restringen los derechos (RR, por sus siglas en inglés) del miembro o si se gestionan eficazmente (EM, por sus siglas en inglés) pero deben mantenerse para continuar minimizando o eliminando el riesgo. Si se identifica que un riesgo es gestionado eficazmente, la documentación debe incluir una descripción de cómo el riesgo se está gestionando eficazmente. La evaluación de riesgos incluirá información para identificar qué se hará de manera diferente para minimizar o eliminar el riesgo. El documento de la evaluación de riesgo debe ser fácil de entender sencillo, directo, visible y disponible fácilmente para el personal que trabaja directamente con la persona. Está diseñado para ayudar al personal de apoyo directo a proteger al miembro de los riesgos identificados.

¿Cuál es el riesgo? \_\_\_\_\_ Fecha cuando se identificó: \_\_\_\_\_

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (*intervenciones que funcionan y no funcionan*)?

¿Cuál es el riesgo? \_\_\_\_\_ Fecha cuando se identificó: \_\_\_\_\_

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente (*intervenciones que funcionan y no funcionan*)?

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

## IX. EVALUACIÓN DE RIESGO *(Continuación)*

Esta sección solo corresponde si se restringen los derechos (RR, por sus siglas en inglés) del miembro o si se gestionan eficazmente (EM, por sus siglas en inglés) pero deben mantenerse para continuar minimizando o eliminando el riesgo. Si se identifica que un riesgo es gestionado eficazmente, la documentación debe incluir una descripción de cómo el riesgo se está gestionando eficazmente. La evaluación de riesgos incluirá información para identificar qué se hará de manera diferente para minimizar o eliminar el riesgo. El documento de la evaluación de riesgo debe ser fácil de entender sencillo, directo, visible y disponible fácilmente para el personal que trabaja directamente con la persona. Está diseñado para ayudar al personal de apoyo directo a proteger al miembro de los riesgos identificados.

¿Cuál es el riesgo? \_\_\_\_\_ Fecha cuando se identificó: \_\_\_\_\_

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente *(intervenciones que funcionan y no funcionan)*?

¿Cuál es el riesgo? \_\_\_\_\_ Fecha cuando se identificó: \_\_\_\_\_

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente *(intervenciones que funcionan y no funcionan)*?

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Fecha de reunión: \_\_\_\_\_

## IX. EVALUACIÓN DE RIESGO *(Continuación)*

Esta sección solo corresponde si se restringen los derechos (RR, por sus siglas en inglés) del miembro o si se gestionan eficazmente (EM, por sus siglas en inglés) pero deben mantenerse para continuar minimizando o eliminando el riesgo. Si se identifica que un riesgo es gestionado eficazmente, la documentación debe incluir una descripción de cómo el riesgo se está gestionando eficazmente. La evaluación de riesgos incluirá información para identificar qué se hará de manera diferente para minimizar o eliminar el riesgo. El documento de la evaluación de riesgo debe ser fácil de entender sencillo, directo, visible y disponible fácilmente para el personal que trabaja directamente con la persona. Está diseñado para ayudar al personal de apoyo directo a proteger al miembro de los riesgos identificados.

¿Cuál es el riesgo? \_\_\_\_\_ Fecha cuando se identificó: \_\_\_\_\_

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente *(intervenciones que funcionan y no funcionan)*?

¿Cuál es el riesgo? \_\_\_\_\_ Fecha cuando se identificó: \_\_\_\_\_

Describe el riesgo. ¿Cómo se ve para el miembro? ¿Frecuencia? ¿Lugar? ¿Duración?

Escriba los factores que contribuyan al riesgo:

Actualmente, ¿qué es lo que funciona para prevenir el riesgo/Cómo es que el riesgo está siendo gestionado eficazmente *(intervenciones que funcionan y no funcionan)*?

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

**XI. PLAN DE ACCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO**

La documentación debe reflejar las personas responsables de monitorear el plan de servicios centrado en la persona. Los elementos del plan de acción deben centrarse en pasos que se puedan medir y que se deberán tomar para alcanzar los resultados deseados en la vida del miembro. Estos elementos pueden estar relacionados con las metas de un miembro u otras áreas que deben abordarse y seguirse.

NÚM.	ACCIÓN QUE SE DEBE TOMAR	PERSONA RESPONSABLE	FECHA LÍMITE <i>(Objetivo)</i>	FECHA DE SEGUIMIENTO	FECHA CUANDO SE COMPLETÓ	COMENTARIOS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						



Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

**¿Con quién y qué partes de su PCSP le gustaría compartir con el fin de promover la coordinación de la atención?  
(p.ej. Proveedores de servicios, médico de atención primaria)**

**COORDINADOR DE SERVICIO/COORDINADORES DE APOYO:** Documentar cuándo se le envió el plan de servicios centrado en la persona (PCSP) al miembro, al representante individual y/o la persona que toma las decisiones acerca de la atención médica y a otras personas involucradas en el plan.

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación de la siguiente información de mi PCSP o sección(es) de mi plan con las siguientes personas:

NOMBRE	RELACIÓN QUE TIENE CON EL MIEMBRO	SÓLO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PUEDE SER DADA A CONOCER BAJO ESTE CONSENTIMIENTO:	FECHA DE ENVIO
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción	
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción	
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción	
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción	
		Plan completo Entorno individual Metas/Resultados individuales Servicios autorizados Modificaciones al plan Perfil del miembro Fortalezas/Preferencias Riesgos Plan de acción	

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de los derechos y responsabilidades del miembro**

Yo (o la HCDM), \_\_\_\_\_, he recibido una copia del manual para miembros de atención a largo plazo. Yo (o la HCDM), he revisado los "Derechos y Responsabilidades del Miembro" con mi coordinador de apoyo. Mi coordinador de apoyo ha respondido todas las preguntas e inquietudes que yo (o mi persona designada) tenía.

Sí      No

Firma del miembro / Persona que toma  
las decisiones acerca de la atención médica: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

**XIII. INFORMACIÓN DE LA PRÓXIMA REUNIÓN**

**PRÓXIMA FECHA DE REVISIÓN (*marque una*):**

Que no exceda de 90 días (*Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés)*)

Que no exceda de 180 días (*Centro de enfermería especializada, ICF-ID u hogar comunitario de la DDD*)

Anual (*Solo cuidados intensivos*)

Fecha de la próxima reunión: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Lugar/dirección de la reunión: \_\_\_\_\_